

Cirugía menor en el centro de salud: situación actual y perspectivas de futuro

"La gota horada la piedra, no por su fuerza, sino por su constancia."

(*El Ingenioso Hidalgo don Quijote de la Mancha*. Cap IV, en su quinto centenario)

En los últimos 10 años, el perfil profesional del médico de atención primaria en nuestro país se ha ido completando con la recuperación de ciertas habilidades quirúrgicas practicables en los centros de salud. En concreto, a partir de 1999, casi todos los Servicios Sanitarios autonómicos han incluido la cirugía menor en la oferta de servicios de su primer nivel de atención.

Esta rápida generalización de la cirugía menor, de éxito evidente si se observa el volumen global de intervenciones practicadas, no está exenta de dificultades y problemas cuando se analiza de forma más detallada. De hecho, pocas veces en la reciente historia de la atención primaria se despertó una controversia profesional tan activa como la que vivimos tras la divulgación de los primeros resultados que el INSALUD obtuvo en una experiencia piloto de implantación de la cirugía menor en algunos de sus centros de salud, en 1997 (520 profesionales, en 120 EAP de varias comunidades autónomas, efectuaron 5.230 intervenciones sin complicación). Los lectores interesados pudieron seguir a través de la prensa médica un auténtico fuego cruzado de declaraciones en las que no faltaron descalificaciones injustificadas y alusiones personales, lanzadas desde la atención primaria y los servicios especializados por igual.

Sin intención alguna de remover cenizas de un fuego extinto, debemos hoy analizar con más serenidad las verdaderas oportunidades de mejora de la práctica quirúrgica, tanto en lo referente a la propia competencia profesional como a la dotación de medios, a la organización de la actividad en el centro de salud o a la coordinación racional de competencias con los especialistas. Bajo este panorama de luces y sombras el Grupo de Cirugía de la semFYC tra-

baja en un documento de reflexión profesional para el médico interesado en los aspectos asistenciales, organizativos, docentes o investigadores de esta actividad.

Durante la primera mitad de la década de los noventa, se comenzó a comunicar experiencias locales satisfactorias de práctica quirúrgica en AP en varias comunidades autónomas. La duda recurrente expresada en todos los foros donde se presentaban estas actividades voluntaristas era si estos buenos resultados resultarían trasladables a otros centros de salud sin especial dotación, o donde los profesionales no estuvieran especialmente entrenados (ni motivados) en la práctica quirúrgica.

Un estudio que evaluó indirectamente la cuestión encontró que la experiencia quirúrgica durante la especialización MIR resultó uno de los predictores más potentes de la práctica habitual de cirugía con posterioridad. ¿Y el resto, mayoritario, del colectivo profesional en ejercicio que no ha tenido una experiencia quirúrgica previa significativa?, ¿puede (y desea) reciclarse fácilmente para asumir esta práctica de forma segura y eficiente? La respuesta a esta cuestión resultaba, hasta 1998, especulativa, casi siempre basada en el entusiasmo de los pioneros, o en argumentos importados de experiencias foráneas (básicamente anglosajonas) de validez cuestionable en nuestro sistema sanitario. En concreto, el manido antecedente británico (la implantación virtualmente completa de la cirugía menor en AP, a los pocos meses de la entrada en vigor del New Contract for General Practitioners, en 1990) conllevó un elemento radicalmente diferenciador de nuestra experiencia local: el incentivo directo mediante el pago por acto quirúrgico al médico general.

En España, los datos asistenciales a favor de la aceptación de esta práctica y su desarrollo resultan manifiestos: sólo en el territorio del extinto INSALUD tras la experiencia piloto de 1997 (5.200 intervenciones), la progresión ha sido evidente: 16.000 intervenciones en 1998, 47.000 en 1999, 70.000 en 2000... A estas cifras habría que añadir la actividad del resto de los servicios de salud autonómicos que con distinto impulso (SAS, Osansubidea, Servasa, Sergas) establecieron con posterioridad planes de implantación de la cirugía menor en AP.

Pese a esto, estamos lejos de que la cirugía menor sea una actividad habitual en la práctica clínica rutinaria de todos los médicos de familia. A la luz de la doctrina deontológica y de la legislación vigente, no sólo no cabe la posibilidad de intrusismo en el médico de familia que practica ci-

Miembros del Grupo de Cirugía de la semFYC

Pedro A. Alcántara Muñoz (Murcia); Juan María Benegas Capote (Extremadura); Francisco Beneyto Castelló (Valencia); Luis M. Biurrun Martínez (Castilla-La Mancha); Alberto Marco Balbastre (Canarias); José Mellado Martos (Andalucía); Julia Aída Méndez Baliñas (Galicia); Francisco Ortiz Días (Valencia); Ángel Parra Osés (Navarra); Lucio Pinto Pena (Cataluña); María Rivas Vila (Castilla y León); M. Rosa Senán Sanz (Cataluña); José J. Vaquero Martínez (Andalucía) y Tomás Vegas Jiménez (Extremadura).

rugía menor (art. 42-e del Estatuto General OMC), sino que este ejercicio debería entenderse más como una obligación con sus pacientes que como un derecho profesional (Real Decreto 63/1995, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, Anexo 1.2). ¿Cómo llegaremos a garantizar esta disposición legal?

Existen serios motivos de preocupación sobre el devenir futuro de este proceso: la creciente sobrecarga asistencial y la cicatería presupuestaria sobre una atención primaria infradimensionada, los requerimientos de intervención en nuevas áreas asistenciales, la falta de iniciativas enérgicas para aliviar la carga administrativa y burocrática del médico de familia y la inexistencia de incentivos al trabajo bien hecho son lastres para mantener la necesaria motivación para practicar cirugía. Igualmente preocupante resulta la obvia disparidad de criterio ocurrido tras completarse el proceso de transferencia sanitaria: en algunos servicios de salud la falta de interés estratégico por este tema es patente observando las graves carencias dotacionales, la falta de oferta formativa institucional y la completa descoordinación entre niveles asistenciales para garantizar un mínimo de calidad en la práctica quirúrgica (p. ej., imposibilitando efectuar estudios histopatológicos...).

En estas condiciones, debemos reconocer el esfuerzo anónimo de quienes se esfuerzan cada día por mantener la oferta de cirugía menor en sus consultas, buscando el tiempo y los medios necesarios, donde a veces, prácticamente, no existen. Seguramente su motivación profesional tiene raíces más hondas que la simple obtención de incentivos: el aumento en su resolutivez profesional, la diversificación de la consulta diaria, la satisfacción y el agradecimiento del paciente al que se evita una larga lista de espera o una derivación incómoda e innecesaria, son experiencias comunes que justifican el esfuerzo invertido. Pese a ello, este esfuerzo extra de algunos profesionales debería ser formalmente reconocido y justamente compensado por unos servicios supuestamente orientados a la mejora continua de su oferta asistencial.

Reconociendo estas dificultades, no ha faltado la autocrítica constructiva de compañeros empeñados en la mejora de la actividad quirúrgica del médico de familia. Incluso algunas de las supuestas fortalezas de la cirugía menor en AP se han valorado de forma crítica con argumentos:

– Por ejemplo, la comunicación de complicaciones y secuelas inferiores a las de los servicios especializados puede ser una ventaja más debida a la selección de pacientes de menor riesgo y/o complejidad técnica en atención primaria, que relacionada con disponer de mejores medios y habilidades.

– De forma similar, se ha cuestionado el significado de la alta satisfacción expresada por los pacientes con la oferta de cirugía menor por su médico de familia (más del 95% repetiría), al comprobar que los factores asociados a la sa-

tisfacción del paciente son más organizativos que clínicos (evitación de desplazamientos y demoras, conocimiento previo del centro y los sanitarios que intervienen, facilidades para el seguimiento postoperatorio, etc.).

– Por otra parte, la satisfacción profesional detectada en la mayoría de las encuestas de opinión a médicos refleja la actitud de los profesionales motivados por este servicio y con práctica quirúrgica habitual. No deben ignorarse por ello las dificultades que otra parte del colectivo sigue encontrando para mejorar su competencia o para disponer de tiempo, medios y colaboración suficiente para realizar intervenciones quirúrgicas en sus consultas.

En cualquier caso, desde una perspectiva estrictamente profesional, la satisfacción de los médicos y pacientes no puede ser argumento suficiente para justificar la cirugía menor en AP. El aval científico definitivo a esta práctica pasa por garantizar a los pacientes la provisión de un servicio de calidad similar al ofertable en los servicios especializados, tanto en sus aspectos técnicos como en cuanto a la adecuación de la indicación quirúrgica.

Esto supone, en cada caso, seleccionar la cirugía más apropiada y practicarla sólo si resulta realmente necesaria y segura en AP, evitando tanto la derivación especializada injustificada (de casos que podrían resolverse en AP), como la sobreactuación en casos banales (p. ej., por pura indicación cosmética) o en situaciones de excesiva complejidad que exigirían la actuación de un experto. Obviamente, sólo tras un diagnóstico preciso del caso, se podrá establecer la necesidad quirúrgica y el procedimiento de elección para cada paciente concreto. A la luz de las moderadas tasas de acuerdo de diagnóstico clínico-patológico logradas en la mayoría de las series de lesiones intervenidas en AP (en torno al 60%), parece que el reciclaje dermatológico sigue siendo una necesidad formativa evidente para buena parte del colectivo profesional de atención primaria.

El Grupo de Cirugía de la semFYC ha trabajado en los últimos meses, y difundirá en breve, el borrador de un documento de recomendación y consenso profesional sobre cirugía en medicina familiar, que permita delimitar la actuación profesional racional del médico de familia respecto a otros especialistas, estableciendo las indicaciones y técnicas apropiadas en AP con aval clínicoepidemiológico, y proponiendo las condiciones y necesidades mínimas (dotacionales, formativas, laborales...) para garantizar una práctica quirúrgica eficiente en todas las comunidades. Deseamos y necesitamos la colaboración de todos los interesados para enriquecer este borrador con nuevas aportaciones que amplíen nuestro enfoque. Quedamos a vuestra disposición y esperamos vuestros comentarios a través de las sociedades federadas.

F. Caballero-Martínez

Coordinador. Grupo de Cirugía de la semFYC.